

Assurance individuelle d'indemnités journalières agricoles

Informations à la clientèle concernant les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance individuelle d'indemnités journalières agricoles

Le présent document vous renseigne, sous forme condensée, sur l'identité de l'assureur et les principaux éléments du contrat d'assurance, conformément à l'art. 3 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les droits et obligations de chacune des parties contractantes découlent de la proposition et de la police d'assurance, des CGA, ainsi que des lois applicables, en particulier de la LCA.

Qui est l'assureur?

L'assureur est CONCORDIA Assurances SA, ci-après CONCORDIA, dont le siège statutaire se situe Bundesplatz 15, 6002 Lucerne. CONCORDIA est une société anonyme de droit suisse.

Quels sont les risques assurés et quelle est l'étendue de la protection d'assurance?

L'assurance couvre les conséquences financières inhérentes aux risques suivants:

- maladie,
- accident,
- maternité.

Les risques concrètement assurés et l'étendue de la protection d'assurance sont définis dans la proposition et la police d'assurance, ainsi que dans les CGA.

L'assurance d'indemnités journalières agricoles est une assurance de dommages.

La couverture d'assurance n'est pas valable, entre autres, pour les incapacités de travail consécutives:

- à la consommation de drogues, de stupéfiants ou d'autres substances toxicomanogènes, ainsi qu'à l'abus d'alcool ou de médicaments (éventuelles complications et séquelles comprises);
- à un suicide ou à des automutilations, ainsi qu'à la tentative de tels actes (éventuelles complications et séquelles comprises);
- au traitement de l'adiposité (surpoids; éventuelles complications et séquelles comprises);
- aux traitements esthétiques et à la chirurgie transgenre (éventuelles complications et séquelles comprises).

Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:

- lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée ne satisfont pas à leurs obligations et devoirs vis-à-vis de CONCORDIA, à moins qu'ils ou elles ne prouvent que le manquement n'est pas imputable à une faute de leur part ou que cette infraction n'a pas eu d'influence sur le sinistre ou sur l'étendue des prestations incombant à CONCORDIA;

- lorsque l'incapacité de travail est provoquée par une négligence grave du preneur ou de la preneuse d'assurance ou de la personne assurée;
- en cas d'accidents résultant d'une entreprise téméraire.

Les motifs d'exclusion susmentionnés s'appliquent également lorsqu'ils ne sont que partiellement à l'origine d'une maladie ou d'un accident.

Si la personne assurée est surindemnisée, les prestations assurées dans le cadre de l'assurance individuelle d'indemnités journalières agricoles sont réduites dans la mesure où l'assurance devient source de gain pour la personne assurée. Il y a surindemnisation lorsque les prestations d'indemnités journalières excèdent la perte de gain présumée subie par la personne assurée au regard de l'activité exercée dans l'exploitation agricole, la valeur des tâches qu'elle ne peut accomplir notamment dans le cadre de la tenue du ménage ou, pour les chômeurs et chômeuses, le montant de leur indemnité de chômage. En cas de maternité, les prestations sont réduites du montant correspondant aux prestations de maternité selon la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG), dans la mesure où la personne assurée y a droit.

D'autres exclusions et réductions sont prévues dans les CGA.

À combien la prime s'élève-t-elle?

Le montant de la prime peut être échelonné par région et par âge d'entrée. L'âge d'entrée correspond à l'âge effectif à la conclusion du contrat, la personne assurée restant par la suite affectée au groupe d'âge d'entrée correspondant. Toutes les informations relatives à la prime sont indiquées dans la proposition et la police d'assurance.

Quand la prime doit-elle être payée?

La prime annuelle doit être payée par avance au 1^{er} janvier de chaque année ou – si les paiements se font par acomptes – au 1^{er} jour du mois.

Quelles sont les autres obligations de la personne assurée?

- **Obligation temporaire de déclarer:** si, entre le moment où le questionnaire de santé a été rempli et la conclusion

du contrat, des changements concernant l'état de santé interviennent et entraînent une aggravation essentielle du risque, le ou la proposant-e ou la personne assurée doivent en informer CONCORDIA. Cette annonce doit se faire sans délai et par écrit, en complétant ou en corrigeant le questionnaire de santé. L'obligation de déclarer s'éteint à partir du moment où le contrat est conclu.

- **Obligation de réduire le dommage:** en cas d'incapacité de travail consécutive à une maladie ou un accident, la personne assurée doit se soumettre aussi rapidement que possible à un traitement médical adéquat. Elle est tenue de se conformer aux prescriptions médicales. La personne assurée présentant une incapacité de travail totale ou partielle présumée permanente dans sa profession ou son activité habituelle est dans l'obligation de mettre à profit son éventuelle capacité de travail restante.
- **Obligation d'annoncer:** les incapacités de travail des personnes assurées doivent être déclarées à CONCORDIA dans les cinq jours qui suivent l'expiration du délai d'attente convenu, au plus tard dans les 30 jours suivant le début de l'incapacité de travail. L'avis doit être accompagné d'une attestation médicale établie par un-e médecin ou par un chiropraticien ou une chiropraticienne. Lorsque l'avis est donné tardivement sans raison valable, le droit aux prestations prend naissance au plus tôt le jour de la réception de l'avis.
- **Obligation de collaborer:** la personne assurée doit fournir à CONCORDIA des renseignements complets et vérifiés sur tout ce qui concerne le cas d'assurance (maladie, accident, maternité) ainsi que ses maladies et accidents antérieurs, et délègue le personnel médical traitant (médecin, etc.) du secret professionnel vis-à-vis de CONCORDIA. Elle est tenue de s'annoncer auprès des assurances sociales entrant en ligne de compte, en particulier auprès de l'office AI compétent, en vue de l'octroi de prestations, si un ou une médecin ou CONCORDIA le lui ordonne. La personne assurée a l'obligation de se soumettre, à la demande de CONCORDIA, à des examens médicaux supplémentaires.

D'autres obligations sont prévues dans les CGA et la LCA.

Quand l'assurance débute-t-elle?

La protection d'assurance débute dès que CONCORDIA a accepté par écrit la proposition d'assurance, au plus tôt cependant à la date de début d'assurance indiquée dans la proposition ou la police.

Le preneur ou la preneuse d'assurance peut révoquer par écrit sa proposition de contrat ou l'acceptation du contrat. Le délai de révocation est de quatorze jours et commence à courir dès que le preneur ou la preneuse d'assurance a proposé ou accepté le contrat.

Quelle est la durée du contrat?

L'assurance est conclue jusqu'à la fin d'une période d'assurance (année civile) pour une durée contractuelle convenue et se renouvelle tacitement d'année en année à échéance.

Quand le contrat prend-il fin?

L'assurance prend fin dans les cas suivants:

- au décès de la personne assurée;
- en cas de résiliation;
- lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance ou CONCORDIA se retire du contrat;
- à la perception d'une rente AVS, dans la mesure où la personne assurée n'a pas demandé le maintien de sa couverture d'assurance, mais tout au plus à son 70^e anniversaire;
- en cas de faillite du preneur ou de la preneuse d'assurance, à l'ouverture de la faillite;
- à l'expiration de la durée maximale convenue des prestations;
- à la cessation de l'activité lucrative ou de la tenue du ménage dans l'entreprise agricole;
- au transfert du domicile de droit civil à l'étranger;
- en cas de transfert du lieu de résidence habituel à l'étranger pendant plus de douze mois, à moins qu'il n'en ait été convenu différemment par écrit avec l'assureur.

Moyennant un préavis de trois mois, le preneur ou la preneuse d'assurance peut résilier l'assurance par écrit au plus tôt pour la fin de la durée contractuelle et ensuite pour la fin de chaque période d'assurance. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du préavis de trois mois.

En outre, le preneur ou la preneuse d'assurance peut résilier l'assurance par écrit pour la fin de la période d'assurance en cours en cas de modifications des tarifs de primes. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours.

De plus, CONCORDIA est en droit de résilier le contrat si un fait important a été omis ou inexactly déclaré (violation de l'obligation de déclarer).

CONCORDIA peut se départir du contrat:

- si le preneur ou la preneuse d'assurance n'a pas payé la prime arriérée malgré une sommation et que CONCORDIA renonce à recouvrer cette prime;
- en cas de fraude à l'assurance;
- si, entre le moment où le questionnaire de santé a été rempli et la conclusion du contrat, des changements concernant l'état de santé interviennent et entraînent une aggravation du risque et que le ou la proposant-e ou la personne assurée ne le signalent pas immédiatement par écrit à CONCORDIA.

D'autres possibilités de mettre un terme à l'assurance sont prévues dans les CGA et la LCA.

Quand le droit aux prestations prend-il fin?

Le droit aux prestations (y compris les prestations pour des incapacités de travail en cours) s'éteint au moment où l'assurance prend fin.

Quelles sont les formes de communication assimilées à la forme écrite?

Les autres formes de communication dont la preuve peut être établie sous forme de texte sont réputées en principe assimilées à la forme écrite, sauf exception prévue par les CGA.

Sont en principe assimilés à la forme écrite:

- les textes parvenant à CONCORDIA par le biais du portail clientèle;
- les textes qui, après vérification de l'identité la personne concernée, parviennent à CONCORDIA au moyen du formulaire de contact électronique prévu à cet effet sur www.concordia.ch. CONCORDIA n'est pas tenue de mettre à disposition un tel formulaire;
- les textes de documents PDF scannés portant une signature et parvenant à CONCORDIA via l'adresse e-mail info@concordia.ch ou celle indiquée sur la police d'assurance;
- les textes d'e-mails portant une signature électronique qualifiée et parvenant à CONCORDIA via l'adresse e-mail info@concordia.ch ou celle indiquée sur la police d'assurance.

Dans quels buts les données sont-elles traitées par CONCORDIA?

- Conclusion et exécution du contrat d'assurance (y compris établissement de l'offre):

Les données sont traitées en vue de l'établissement de l'offre ainsi que de la conclusion et de l'exécution du contrat d'assurance, notamment dans le cadre des activités suivantes: réponse aux demandes, traitement des prestations, respect des lois, des réglementations et des directives internes, versement des commissions, gestion des données, analyses statistiques, vérification des propositions, examen du risque et clarification des violations de l'obligation de déclarer (LCA), informations à la clientèle, correspondance avec la clientèle, encaissement et décaissement, conseil à la clientèle, carte d'assurance, vérification de l'obligation de s'assurer, contrôle des rabais, lutte contre la fraude à l'assurance. Les données sont enregistrées au format électronique ou conservées sur support papier.

- Sécurité:

Les données sont traitées afin de garantir la sécurité des informations. Cet objectif englobe notamment les activités suivantes: surveillance et journalisation des systèmes et des réseaux de CONCORDIA, garantie de l'opérationnalité, tests, gestion des dysfonctionnements et des sauvegardes.

- Marketing:

CONCORDIA utilise les données à des fins de marketing. Les personnes concernées peuvent notamment recevoir une fois par année un courrier et un appel téléphonique de la part d'un collaborateur ou d'une collaboratrice de CONCORDIA Assurances SA ou d'un centre partenaire.

D'autres activités de marketing peuvent également être effectuées, p. ex. sondage sur la satisfaction et les besoins de la clientèle, étude de marché, prestation de services sur mesure. Les personnes concernées peuvent révoquer leur consentement à tout moment. La légitimité du traitement des données réalisé jusqu'à la révocation n'est pas affectée par ladite révocation.

Les données sont-elles échangées avec des tiers?

Il est possible, dans certaines conditions, de recueillir des données auprès de tiers (p. ex. hôpitaux, personnel médical, autres assureurs, autorités). Ces données concernent des personnes assurées (p. ex. nom, adresse, numéro de téléphone, e-mail, produits d'assurance conclus) ou leur santé (p. ex. factures, rapports médicaux, décomptes de prestations).

Dans le cadre des obligations légales et contractuelles, les données peuvent également être communiquées à des tiers. En fonction du cas, les catégories de destinataires sont notamment les suivantes: prestataires de services auxquels CONCORDIA fait appel pour remplir ses objectifs de traitement des données (p. ex. prestataires informatiques, imprimeries, centres partenaires), autorités, autres assureurs, réassureurs, expert-es externes, tiers impliqués dans des litiges et autres sociétés du groupe CONCORDIA.

Les données peuvent être transmises aux centres clientèle de CONCORDIA au Liechtenstein. Le Conseil fédéral a établi que la législation liechtensteinoise garantit un niveau de protection approprié en vertu de l'art. 16 al. 2 de la loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Qui est responsable du traitement des données?

CONCORDIA Assurances SA, Bundesplatz 15, 6002 Lucerne, est responsable du traitement des données. La personne assurée a le droit de demander à CONCORDIA les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données la concernant et peut pour cela prendre contact avec le conseiller ou la conseillère à la protection des données interne à l'entreprise par courrier, e-mail ou téléphone: CONCORDIA, Protection des données, Bundesplatz 15, 6002 Lucerne, info@concordia.ch, +41 41 228 01 11.

Vous trouverez des informations détaillées à ce sujet dans la déclaration relative à la protection des données, disponible sur www.concordia.ch/protectiondesdonnees.

Assurance individuelle d'indemnités journalières agricoles

Conditions générales d'assurance (CGA)

	Art.		
I. Généralités		VIII. Obligations et justification des prétentions	
Bases contractuelles	1	Obligations et devoirs	34
Assureur	2	Justification des prétentions	35
II. Étendue de la protection d'assurance		IX. Restrictions de la protection d'assurance	
Objet de l'assurance	3	Exclusion de prestations	36
Personnes assurées	4	Réduction et refus de prestations	37
Admission dans l'assurance	5	Assurance multiple	38
Modification de l'assurance	6	Versement des prestations, surindemnisation et demande de restitution	39
III. Variantes d'assurance		Avance de prestations et recours	40
Modules	7	X. Divers	
Délais d'attente	8	Compensation, cession et mise en gage	41
Prestations assurées	9	Exécution	42
IV. Définitions		Communications	43
Forme écrite, formes de communication assimilées à la forme écrite	10	For juridique	44
Assurance de dommages	11	Garantie des droits acquis à l'égard des modifications au 1 ^{er} janvier 2022	45
Incapacité de travail	12	Application de la loi révisée sur le contrat d'assurance entrée en vigueur le 1 ^{er} janvier 2022	46
Maladie	13		
Accident	14		
Période d'assurance	15		
V. Début et fin de l'assurance		I. Généralités	
Début de la protection d'assurance, révocation	16	1 Bases contractuelles	
Durée du contrat	17	1.1 Les pièces suivantes constituent les bases du contrat d'assurance:	
Police de remplacement	18	1.1.1 les Conditions générales d'assurance (CGA), les éventuelles Conditions complémentaires d'assurance (CCA) ainsi que les dispositions de la police et des éventuels avenants;	
Fin de l'assurance	19	1.1.2 les déclarations écrites que le preneur ou la preneuse d'assurance (proposant-e) et les personnes assurées (personnes à assurer) font dans la proposition, dans le rapport médical ainsi que dans d'autres documents.	
Résiliation	20	1.2 Les dispositions divergentes des CCA ont la priorité sur les présentes CGA.	
Extinction du droit aux prestations	21	1.3 Tout état de fait qui n'est pas réglé expressément dans ces documents tombe sous le coup de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA).	
VI. Prestations assurées		2 Assureur	
Droit aux prestations	22	L'assureur au sens des dispositions suivantes est CONCORDIA Assurances SA, Lucerne, ci-après CONCORDIA.	
Délai d'attente	23		
Durée des prestations	24		
Séjour de courte durée et engagement saisonnier	25		
Prestations à l'étranger	26		
Chômage	27		
Maternité	28		
Prestations à l'âge AVS	29		
VII. Primes			
Tarif de primes	30		
Échéance, paiement de la prime	31		
Sommatation, retard de paiement	32		
Adaptation du tarif de primes	33		

II. Étendue de la protection d'assurance

3 Objet de l'assurance

- 3.1 Dans le cadre des dispositions ci-après et dans les limites des prestations fixées dans la police et les éventuelles CCA, l'assureur garantit une protection d'assurance contre les conséquences économiques d'une incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident.
- 3.2 L'assurance est une assurance de dommages.

4 Personnes assurées

L'assurance peut être conclue par les personnes exerçant une activité lucrative ou tenant un ménage au sein d'une exploitation agricole implantée en Suisse.

5 Admission dans l'assurance

- 5.1 L'admission dans l'assurance s'effectue sur la base d'un examen de l'état de santé.
- 5.2 Pour qu'une admission dans l'assurance ou qu'une modification d'assurance soit possible, il convient de remplir le formulaire de proposition prévu à cet effet de manière complète et conforme à la vérité, puis de le transmettre à l'assureur. Il en va de même pour les indications complémentaires demandées, le cas échéant. L'assureur peut subordonner sa décision au résultat d'un examen médical.
- 5.3 Si, au moment de répondre aux questions, le ou la proposant-e ou la personne assurée ont omis de déclarer ou ont déclaré de manière incorrecte des faits importants qui leur étaient connus ou qui auraient dû l'être, notamment des maladies ou suites d'accident existant au moment de l'établissement de la proposition d'assurance ou ayant existé antérieurement, l'assureur peut se départir du contrat par écrit dans les quatre semaines à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la violation de l'obligation de déclarer. La résiliation prend effet à la date de réception de la notification par le preneur ou la preneuse d'assurance.
- 5.4 **Si, entre le moment où les questionnaires ont été remplis et celui de la conclusion de l'assurance, l'état de santé de la personne assurée change, le ou la proposant-e ou la personne assurée doivent le signaler immédiatement par écrit à l'assureur et compléter ou rectifier leurs réponses.** En cas de manquement à cette obligation de tenir informé l'assureur avant la conclusion de l'assurance, l'assureur est en droit de se départir du contrat par écrit dans les quatre semaines à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la violation de cette obligation. La résiliation prend effet à la date de réception de la notification par le preneur ou la preneuse d'assurance.

- 5.5 L'assureur est en droit d'émettre des réserves pour certaines maladies ou séquelles d'accident, voire de refuser l'assurance dans son intégralité.

6 Modification de l'assurance

- 6.1 Une augmentation de l'indemnité journalière assurée peut être demandée pour le premier du mois suivant. L'art. 5 s'applique également, par analogie, en cas de passage à une couverture d'assurance plus élevée.
- 6.2 En respectant un délai de trois mois avant l'expiration de la période d'assurance, la personne assurée peut demander, par écrit, de passer à une couverture d'assurance plus basse pour le début de la période d'assurance suivante.
- 6.3 Pour autant que les conditions selon l'art. 5 soient remplies, il est possible de modifier le montant des indemnités journalières et les délais d'attente de l'assurance d'indemnités journalières existante au sein du même groupe d'âge, dans la mesure où la prime due ne s'en trouve pas augmentée.
- 6.4 Dans les 30 jours qui suivent leur inscription à l'assurance-chômage au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI), les personnes assurées au chômage peuvent transformer leur assurance d'indemnités journalières existante en une assurance avec délai d'attente de 30 jours, en maintenant le montant de l'indemnité journalière et indépendamment de leur état de santé.

III. Variantes d'assurance

7 Modules

- 7.1 Il est possible de choisir parmi les modules d'assurance suivants:
- indemnités journalières en cas de maladie;
 - indemnités journalières en cas d'accident;
 - indemnités journalières en cas de maladie et d'accident.
- 7.2 Pour les indemnités journalières en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, les prestations assurées sont également versées en cas de maternité.

8 Délais d'attente

Les assurances d'indemnités journalières peuvent être conclues avec des délais d'attente de différentes durées. Les tarifs de primes correspondants sont déterminants.

9 Prestations assurées

L'assureur convient des prestations maximales assurées avec le preneur ou la preneuse d'assurance.

IV. Définitions

10 **Forme écrite, formes de communication assimilées à la forme écrite**

Sont réputées en principe assimilées à la forme écrite les autres formes de communication dont la preuve peut être établie sous forme de texte. Sur son site Internet (www.concordia.ch) et dans le document d'information à la clientèle conformément à l'art. 3 LCA, l'assureur peut émettre des directives concernant ces autres formes afin qu'elles puissent être assimilées à la forme écrite. Les dispositions légales impératives ainsi que la jurisprudence en la matière demeurent réservées. L'utilisation des autres formes peut entraîner des risques accrus en matière de protection des données. L'assureur ne répond pas de comportements dont le preneur ou la preneuse d'assurance est personnellement responsable.

11 **Assurance de dommages**

L'assurance de dommages couvre, selon la variante d'assurance choisie, le dommage subi par suite de maladie ou d'accident, dans la mesure où celui-ci est imputable à l'activité exercée par la personne assurée dans une exploitation agricole en Suisse ou à la tenue du ménage dans une exploitation agricole en Suisse. Sont déduits le salaire que l'employeur ou l'employeuse continue de verser ainsi que des prestations d'autres assurances privées et sociales ou d'autres parties tenues à des prestations. Le versement de la prestation assurée dépend du dommage effectivement subi par suite de maladie ou d'accident. Les art. 38 et 39 s'appliquent.

12 **Incapacité de travail**

Il y a incapacité de travail si, en raison d'une maladie assurée ou d'un accident assuré, la personne assurée est totalement ou partiellement hors d'état d'exercer son métier actuel ou une autre activité lucrative qui pourrait raisonnablement être exigée de sa part. Une autre activité lucrative est réputée pouvoir être raisonnablement exigée de la personne assurée que si elle correspond à ses connaissances, à ses capacités et à sa position sociale.

13 **Maladie**

Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique indépendante de la volonté de la personne assurée et médicalement et objectivement établie qui nécessite un traitement médical et qui n'est pas due à un accident, à une lésion corporelle assimilée à un accident ou à une maladie professionnelle conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.

14 **Accident**

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, ainsi que les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.

15 **Période d'assurance**

Est réputée période d'assurance l'année civile.

V. Début et fin de l'assurance

16 **Début de la protection d'assurance, révocation**

16.1 L'assurance peut être conclue pour le premier jour de chaque mois. La protection d'assurance débute dès que l'assureur a accepté par écrit la proposition d'assurance, au plus tôt cependant à la date de début d'assurance figurant dans la proposition ou dans la police.

16.2 Le preneur ou la preneuse d'assurance peut révoquer sa proposition de contrat ou l'acceptation du contrat par écrit. Le délai de révocation est de quatorze jours et commence à courir dès que le preneur ou la preneuse d'assurance a proposé ou accepté le contrat.

17 **Durée du contrat**

L'assurance est conclue jusqu'à la fin d'une période d'assurance (année civile) pour une durée contractuelle convenue et se renouvelle tacitement à échéance d'année en année.

18 **Police de remplacement**

Lorsqu'une police est remplacée, les prestations touchées antérieurement et limitées contractuellement dans le temps ou par un montant maximum sont imputées sur le droit aux prestations futures.

19 **Fin de l'assurance**

19.1 L'assurance prend fin dans les cas suivants:

19.1.1 au décès de la personne assurée;

19.1.2 en cas de résiliation;

19.1.3 lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance ou l'assureur se retire du contrat (art. 32.2);

19.1.4 à la perception d'une rente AVS. L'art. 29 demeure réservé;

19.1.5 en cas de faillite du preneur ou de la preneuse d'assurance, à l'ouverture de la faillite;

19.1.6 à l'expiration de la durée maximale convenue des prestations;

19.1.7 à la cessation de l'activité lucrative ou de la tenue du ménage dans l'exploitation agricole (art. 4);

19.1.8 au transfert du domicile de droit civil à l'étranger;

19.1.9 en cas de transfert du lieu de résidence habituel à l'étranger pendant plus de douze mois, à moins qu'il n'en ait été convenu différemment par écrit avec l'assureur.

19.2 Le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée ont l'obligation d'informer immédiatement par écrit l'assureur lorsque l'un des événements cités aux art. 19.1.7 à 19.1.9 survient. En cas de manquement à cette obligation d'annoncer, l'assureur n'est plus lié par le contrat.

20 Résiliation

- 20.1 Moyennant un préavis de trois mois, l'assurance peut être résiliée par le preneur ou la preneuse d'assurance au plus tôt pour la fin de la durée contractuelle et ensuite pour la fin de chaque période d'assurance (art. 15).
- 20.2 De plus, le preneur ou la preneuse d'assurance peut résilier l'assurance en cas de modifications des tarifs de primes selon les dispositions de l'art. 33.
- 20.3 La résiliation doit être notifiée par écrit. Elle est réputée faite en temps utile lorsqu'elle parvient à l'assureur au plus tard le dernier jour avant le début du délai de résiliation.
- 20.4 Le contrat peut être résilié en tout temps par écrit pour de justes motifs au sens de l'art. 35b LCA.
- 20.5 L'assureur ne dispose ni du droit de résiliation ordinaire ni du droit de résiliation en cas de sinistre. Le droit de résiliation de l'assureur demeure réservé en cas de violation de l'obligation de déclarer ainsi qu'en cas de fraude ou tentative de fraude à l'assurance.

21 Extinction du droit aux prestations

Le droit aux prestations, y compris celles pour des incapacités de travail en cours, s'éteint à la fin de l'assurance sous réserve des obligations à prestations périodiques au sens de l'art. 35c LCA. La demande de restitution de l'assureur en cas de violation de l'obligation de déclarer demeure réservée.

VI. Prestations assurées

22 Droit aux prestations

- 22.1 Le droit aux prestations prend naissance lorsque la personne assurée présente une incapacité de travail totale ou partielle, attestée par un ou une médecin ou par un chiropraticien ou une chiropraticienne et de durée supérieure au délai d'attente fixé dans le contrat. Le droit aux prestations est avéré au plus tôt cinq jours avant le premier traitement médical et au maximum pendant la durée convenue des prestations.
- 22.2 En cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 50%, l'indemnité journalière versée est calculée en fonction du degré d'incapacité de travail. La protection d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle jusqu'à ce que des prestations équivalant à 720 indemnités journalières complètes aient été versées.
- 22.3 Si l'incapacité de travail n'est due qu'en partie à la maladie ou à l'accident, l'assureur n'alloue que la part correspondante des prestations. L'art. 22.2 s'applique également dans ce cas.

23 Délai d'attente

- 23.1 Le délai d'attente commence à courir le premier jour de l'incapacité de travail attestée médicalement, au plus tôt cinq jours avant le premier traitement médical.
- 23.2 Sont comptés comme jours d'incapacité de travail totale pour le calcul du délai d'attente les jours d'incapacité de travail partielle.
- 23.3 Le délai d'attente n'est imputé qu'une seule fois en l'espace de 365 jours.

24 Durée des prestations

- 24.1 Les prestations assurées sont versées en cas d'incapacité de travail totale ou partielle pour une ou plusieurs maladies ou accidents au maximum durant 720 jours dans une période de 900 jours.
- 24.2 Les délais d'attente ne sont imputés à la durée maximale du droit aux prestations que lorsque l'employeur ou l'employeuse a l'obligation de verser le salaire durant le délai d'attente.
- 24.3 La personne assurée ne peut empêcher l'expiration de la durée maximale convenue des prestations en renonçant à la perception de prestations.

25 Séjour de courte durée et engagement saisonnier

Les résidents et résidentes de courte durée et les travailleurs saisonniers et travailleuses saisonnières n'ont pas droit à des prestations entre deux séjours ou pendant la saison intermédiaire. À la nouvelle saison, les prestations sont versées au taux de l'année précédente, dans la mesure où il est prouvé que la personne concernée aurait obtenu un permis de travail et occupé un emploi saisonnier si elle avait disposé de sa capacité de travail.

26 Prestations à l'étranger

- 26.1 En cas d'incapacité de travail à l'étranger, les prestations assurées ne sont versées que pendant la durée d'un séjour hospitalier.
- 26.2 Si la personne assurée travaille à l'étranger au service d'un employeur ou d'une employeuse suisse, les prestations assurées sont accordées dans leur intégralité. La personne assurée doit alors présenter un certificat médical et faire également attester son incapacité de travail par l'employeur ou l'employeuse.
- 26.3 Les prestations d'indemnités journalières ne sont accordées que pour un séjour hospitalier dans le pays de séjour du moment. Aucune prestation ne peut être revendiquée en cas de transferts et traitements dans des États tiers.
- 26.4 Lorsque la personne assurée se rend à l'étranger en vue d'un traitement, de soins ou d'un accouchement, aucune prestation n'est accordée.
- 26.5 Lorsqu'une personne assurée en incapacité de travail se rend à l'étranger sans l'accord de l'assureur, aucune prestation ne lui est versée pendant la durée de son séjour à l'étranger.

27 Chômage

En cas d'incapacité de travail de 50 %, les chômeurs et chômeuses au sens de la LACI perçoivent la moitié de l'indemnité journalière; en cas d'incapacité de travail supérieure à 50 %, ils et elles reçoivent l'indemnité journalière complète.

28 Maternité

- 28.1 En cas de grossesse et d'accouchement, les prestations assurées sont allouées pendant seize semaines dans la mesure où l'assurée a bénéficié de la protection d'assurance pendant au moins 270 jours avant l'accouchement, sans interruption de plus de trois mois. Le délai d'attente convenu est imputé aux seize semaines. Ces conditions s'appliquent également si une couverture d'assurance plus élevée a été choisie ultérieurement.
- 28.2 Les prestations sont versées si la grossesse a duré au moins 28 semaines, que l'enfant soit né-e viable ou non.
- 28.3 Le droit à des prestations débute au plus tôt deux semaines avant l'accouchement.
- 28.4 Les prestations de maternité ne sont pas imputées à la durée maximale du droit aux prestations.
- 28.5 Si l'assurée a droit à une allocation de maternité au titre de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service, de maternité et de paternité (LAPG), cette allocation est imputée aux prestations de la présente assurance; les prestations sont versées durant seize semaines après l'accouchement et le délai d'attente est supprimé. En cas de grossesse, un droit aux prestations n'existe que quand l'incapacité de travail attestée médicalement est due à des complications. Ces conditions s'appliquent également si une couverture d'assurance plus élevée a été choisie ultérieurement.

29 Prestations à l'âge AVS

- 29.1 Si la personne assurée est apte à travailler à 50 % au moins et qu'elle continue à exercer une activité lucrative tout en percevant une rente AVS, elle peut demander que la couverture d'assurance soit maintenue, tout au plus jusqu'à son 70^e anniversaire.
- 29.2 À l'âge AVS, la personne assurée a droit à des indemnités cumulées de toutes les assurances durant 180 jours au maximum dans une période de 900 jours consécutifs; quand la durée maximale est atteinte, les assurances expirent. Les prestations touchées juste avant l'âge AVS sont prises en ligne de compte si, au cumul, la durée maximale des prestations prévue à l'art. 24 est dépassée.
- 29.3 À l'âge AVS, les délais d'attente convenus et imputables à la durée du droit aux prestations ne peuvent dépasser 30 jours.

VII. Primes

30 Tarif de primes

- 30.1 Les primes sont calculées par période d'assurance (art. 15) et sont portées dans un tarif de primes particulier.
- 30.2 Les primes peuvent être échelonnées selon les régions et l'âge d'entrée.
- 30.3 L'âge d'entrée correspond à l'âge effectif à la conclusion du contrat. La personne assurée reste par la suite affectée au groupe d'âge d'entrée correspondant. Les groupes d'âge suivants sont déterminants:
- de 16 à 20 ans;
 - de 21 à 30 ans;
 - de 31 à 45 ans;
 - de 46 à 50 ans;
 - de 51 à 60 ans;
 - 61 ans et plus.
- 30.4 En cas de passage ultérieur à une couverture d'assurance plus élevée, la personne assurée est assignée au groupe d'âge d'entrée qui correspond à son âge effectif au moment du changement de couverture.

31 Échéance, paiement de la prime

- 31.1 La prime annuelle doit être payée par avance. Elle échoit au 1^{er} janvier de chaque année; si l'assurance débute en cours d'année, la prime est due à la remise de la facture pour la période restante de l'année.
- 31.2 Un paiement par acomptes peut être convenu moyennant un supplément de prime. Les acomptes doivent également être payés par avance.
- 31.3 Lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance a souscrit plusieurs assurances (dont l'assurance obligatoire des soins) auprès de l'assureur, il convient de déterminer un mode de paiement uniforme.
- 31.4 Si un paiement par acomptes est convenu, les acomptes arrivant à échéance en cours d'année sont considérés comme ayant simplement bénéficié d'un délai de paiement.
- 31.5 Lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance est en retard dans le paiement d'un acompte, le solde de la prime pour la période d'assurance en cours est dû immédiatement.

32 Somation, retard de paiement

- 32.1 Si la prime n'a pas été payée à l'échéance, l'assureur somme par écrit le preneur ou la preneuse d'assurance de s'en acquitter dans les quatorze jours suivant l'envoi de la sommation en lui rappelant les conséquences d'un retard de paiement. Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations de l'assureur est suspendue à l'expiration du délai de sommation.
- 32.2 Si l'assureur n'entame pas de procédure juridique de recouvrement de la prime arriérée dans les deux mois suivant l'expiration du délai de sommation selon l'art. 32.1, il est réputé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.

32.3 Si l'assureur entame une procédure juridique de recouvrement de la prime ou accepte ultérieurement le paiement de celle-ci, son obligation à prestations reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été payée, intérêts et frais compris. L'assureur n'est pas tenu de verser des prestations pour les cas d'assurance qui se produisent pendant la durée du retard et après l'expiration du délai de sommation.

33 Adaptation du tarif de primes

Si le tarif de primes change en raison de l'évolution des coûts, des risques ou des sinistres, l'assureur peut exiger l'adaptation de l'assurance au premier jour de période d'assurance suivante. À cet effet, il doit communiquer par écrit au preneur ou à la preneuse d'assurance les nouvelles conditions du contrat au plus tard 30 jours avant l'entrée en vigueur des nouvelles primes. Le preneur ou la preneuse d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance pour la fin de la période d'assurance en cours, en faisant parvenir à l'assureur la résiliation au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. En pareil cas, l'assurance s'éteint à l'expiration de la période d'assurance en cours. Si le preneur ou la preneuse d'assurance omet de procéder à la résiliation, il ou elle est réputé-e avoir accepté l'adaptation de l'assurance.

VIII. Obligations et justification des prétentions

34 Obligations et devoirs

34.1 Dans le cas d'une incapacité de travail pouvant entraîner des prestations de l'assureur, la personne assurée doit se soumettre à un traitement médical adéquat aussi rapidement que possible. La personne assurée est tenue de se conformer aux prescriptions des médecins ou des autres fournisseurs et fournisseuses de prestations.

34.2 L'assureur est en droit de demander aux fournisseurs et fournisseuses de prestations des renseignements ou justificatifs complémentaires, en particulier des certificats médicaux. En outre, le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée doivent fournir des renseignements complets et véridiques sur tout ce qui concerne l'incapacité de travail ainsi que les maladies et accidents antérieurs. À la demande de l'assureur, la personne assurée délègue les fournisseurs et fournisseuses de prestations qui lui prodiguent ou lui ont prodigué des soins du secret professionnel vis-à-vis de l'assureur.

34.3 La personne assurée est tenue de se soumettre, à la demande de l'assureur, à des examens médicaux supplémentaires.

34.4 L'assureur se réserve le droit d'ordonner, en tout temps, des visites de contrôle auprès des personnes assurées en incapacité de travail. La visite du contrôleur ou de la contrôleuse de l'assureur ou de la tierce personne mandatée ne peut être refusée.

34.5 La personne assurée présentant une incapacité de travail totale ou partielle présumée permanente dans sa profession ou son activité habituelle est dans l'obligation de mettre à profit son éventuelle capacité de travail résiduelle (obligation de restreindre le dommage). Une activité raisonnable dans le cadre d'une autre profession ou d'un autre domaine professionnel peut aussi être exigée.

34.6 La personne assurée est tenue de s'annoncer auprès des assurances sociales entrant en ligne de compte, en particulier auprès de l'office AI compétent, en vue de l'octroi de prestations, si un ou une médecin ou l'assureur le lui demande.

35 Justification des prétentions

35.1 Le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée doivent procéder à la justification des prestations au moyen du formulaire mis à leur disposition par l'assureur.

35.2 Les incapacités de travail des personnes assurées doivent être déclarées à l'assureur dans les cinq jours qui suivent l'échéance du délai d'attente convenu, au plus tard dans les 30 jours à partir du début de l'incapacité de travail. L'avis doit être accompagné d'une attestation établie par un ou une médecin ou par un chiropraticien ou une chiropraticienne. Lorsque l'avis est donné tardivement sans raison valable, le droit aux prestations assurées prend naissance au plus tôt le jour de la réception de l'avis, à moins que le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée ne prouvent que ce manquement n'a pas eu d'incidence sur le sinistre ni sur l'étendue des prestations dues par l'assureur.

35.3 Si, parallèlement à l'assureur, d'autres assureurs sociaux ou privés (assurance-invalidité, assurance militaire, assurance-accidents, prévoyance professionnelle, autres assurances d'indemnités journalières, etc.) sont également tenus de verser des prestations pour une incapacité de travail, les prestations assurées ne sont allouées que si le cas d'assurance est déclaré en temps opportun auprès de toutes les assurances concernées. Il y a lieu de remettre à l'assureur, outre les documents mentionnés aux art. 35.1 et 35.2, également la confirmation de la notification, les décomptes et éventuelles décisions des autres organismes assureurs.

- 35.4 Pour faire valoir le droit aux prestations de maternité, un certificat médical qui renseigne sur la durée de la grossesse et la date de l'accouchement doit être remis à l'assureur. Si l'assurée a, en outre, perçu une allocation de maternité au titre de la LAPG, elle a l'obligation de remettre à l'assureur le décompte de la caisse de compensation AVS relatif à l'allocation de maternité.
- 35.5 Les prestations de l'assureur qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par cinq ans à compter de la survenance du fait duquel naît l'obligation.

IX. Restrictions de la protection d'assurance

36 Exclusion de prestations

- 36.1 Sont exclues de l'assurance les incapacités de travail survenant en lien avec les événements suivants:
- les suites d'événements de guerre en Suisse ou à l'étranger. Cependant, si la personne assurée est surprise par l'éclatement de tels événements dans le pays où elle séjourne, la protection d'assurance continue de déployer ses effets pendant quatorze jours après leur première survenance;
 - un service militaire à l'étranger;
 - la participation à des actes de guerre ou de terrorisme;
 - la participation à des troubles, à des manifestations ou à des événements similaires;
 - la perpétration de crimes et de délits, que ce soit intentionnellement ou par négligence grave;
 - la participation à des rixes ou à des bagarres, à moins que la personne assurée n'ait été blessée par les protagonistes alors qu'elle n'était pas en cause ou qu'elle venait en aide à une personne sans défense;
 - les dangers auxquels la personne assurée s'expose en provoquant gravement autrui;
 - les effets de radiations ionisantes et les dommages causés par l'énergie atomique;
 - la consommation de drogues, de stupéfiants et d'autres substances toxicomanogènes, ainsi que l'abus d'alcool et de médicaments;
 - le suicide ou les automutilations, ainsi que la tentative de tels actes.
- Les motifs d'exclusion susmentionnés s'appliquent également lorsqu'ils ne sont que partiellement à l'origine d'une maladie ou d'un accident.
- 36.2 De plus, aucune prestation n'est versée pour des incapacités de travail consécutives:
- au traitement de l'adiposité (surpoids; complications et séquelles comprises);
 - aux traitements (complications et séquelles comprises) dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique ne sont pas démontrés selon des méthodes scientifiques;

- aux traitements esthétiques (complications et séquelles comprises);
- à une chirurgie transgenre (complications et séquelles comprises).

37 Réduction et refus de prestations

Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:

- 37.1 lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée ne remplissent pas leurs obligations et leurs devoirs (art. 34) vis-à-vis de l'assureur, à moins qu'ils ou elles ne prouvent que la violation n'est pas imputable à une faute de leur part ou que la violation n'a pas eu d'incidence sur le sinistre ni sur l'étendue des prestations dues par l'assureur;
- 37.2 lorsque l'incapacité de travail est provoquée par une négligence grave du preneur ou de la preneuse d'assurance ou de la personne assurée;
- 37.3 en cas d'accidents résultant d'une entreprise téméraire. Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre ou pouvoir prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables. En revanche, le sauvetage de personnes est couvert par l'assurance même lorsqu'il peut être considéré comme une entreprise téméraire.

38 Assurance multiple

Lorsque des contrats d'assurance de droit privé ont été conclus auprès de plusieurs assureurs tenus de verser des prestations, la totalité des prestations ne peut être versée qu'une seule fois. En pareil cas, le montant des prestations que chaque assureur devrait verser au titre de l'assurance existant chez lui est déterminé comme s'il était le seul à devoir octroyer des prestations; ce montant sert ensuite de base au calcul de la somme totale des prestations. Chaque assureur ne prend en charge que le montant qui correspond à sa part de cette somme totale.

39 Versement des prestations, surindemnisation et demande de restitution

- 39.1 L'assurance d'indemnités journalières ne doit pas entraîner de surindemnisation pour la personne assurée. Il y a surindemnisation quand les prestations d'indemnités journalières excèdent la perte de gain présumée subie par la personne assurée au regard de l'activité exercée dans l'exploitation agricole, la valeur des tâches qu'elle ne peut accomplir notamment dans le cadre de la tenue du ménage ou, pour les chômeurs et chômeuses, le montant de leur indemnité de chômage. En cas de maternité, l'art. 28.5 s'applique.
- 39.2 L'assureur réduit ses prestations dans la mesure où l'assurance devient source de gain pour la personne assurée.

- 39.3 Une éventuelle obligation de l'employeur ou l'employeuse de verser le salaire, les prestations d'autres assurances privées et sociales ainsi que le revenu professionnel pouvant être raisonnablement obtenu (art. 34.5) sont pris en considération pour le calcul de la surindemnisation.
- 39.4 Lorsque l'indemnité journalière est réduite par suite d'une surindemnisation, la personne assurée a droit, en cas d'incapacité de travail totale, à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes. En cas d'incapacité de travail partielle, la personne assurée a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières, proportionnellement au degré d'incapacité de travail médicalement attesté. Les délais relatifs à l'octroi de prestations fixés à l'art. 24.1 sont prolongés en fonction de la réduction.
- 39.5 Une indemnité journalière maximale de CHF 10 est versée aux personnes assurées qui ne peuvent fournir la preuve de la perte de revenu ou de la valeur des tâches qu'elles ne peuvent plus accomplir.
- 39.6 En cas d'obligation à prestations de la part d'assureurs sociaux, l'assureur est en droit de revendiquer, directement auprès d'eux, la restitution des prestations qu'il a fournies à titre d'acomptes. Pour les prestations fournies eu égard à une rente invalidité, l'assureur exige la restitution des prestations directement auprès de l'assurance-invalidité fédérale à partir de la date de début de versement de la rente. Le montant de la demande en restitution correspond à celui de la surindemnisation au sens de l'art. 39.2.
- 39.7 Lorsque l'assureur est appelé à allouer des prestations en lieu et place d'un tiers responsable ou de l'assureur responsabilité civile de ce dernier, la personne assurée doit céder ses droits à l'assureur à hauteur des prestations versées.
- 39.8 Les indemnités assumées par un tiers responsable ou par son assureur responsabilité civile sont déduites des prestations de l'assureur.
- 39.9 L'assurance individuelle d'indemnités journalières agricoles ne couvre pas les réductions éventuelles effectuées dans d'autres assurances.
- 39.10 Les prestations touchées à tort doivent être remboursées à l'assureur.

40 Avance de prestations et recours

- 40.1 L'assureur peut verser des prestations à titre d'avance à condition que la personne assurée lui cède ses droits vis-à-vis de tiers jusqu'à hauteur des prestations allouées et qu'elle s'engage à ne rien entreprendre qui empêcherait l'exercice d'un éventuel droit de recours.
- 40.2 L'assureur est libéré de son obligation à prestations lorsque la personne assurée a conclu, sans son approbation, un arrangement avec un tiers par lequel elle renonce en partie ou complètement à des prestations d'assurance ou des prétentions en dommages intérêts.

X. Divers

41 Compensation, cession et mise en gage

- 41.1 Le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée n'ont pas le droit de compenser des primes en souffrance avec des droits aux prestations.
- 41.2 Avant leur fixation définitive, les droits aux prestations assurées ne peuvent être ni cédés ni mis en gage sans l'accord exprès de l'assureur.

42 Exécution

- 42.1 Les obligations découlant du contrat doivent être acquittées en Suisse et en devise suisse.
- 42.2 Lorsque des prestations sujettes à l'imposition à la source sont versées directement à la personne assurée, elles sont réduites du montant fiscal dû à la source.

43 Communications

- 43.1 Toutes les communications peuvent être adressées valablement au Siège principal de CONCORDIA ou à la représentation désignée dans la police.
- 43.2 Lorsque l'assurance d'indemnités journalières de CONCORDIA est délivrée par un autre assureur, les communications et les annonces qui sont faites à ce dernier ont la même validité que si elles étaient adressées à CONCORDIA.
- 43.3 La personne assurée doit communiquer par écrit à CONCORDIA tout changement de son adresse ou de sa situation personnelle réelle, pour autant que ces changements soient déterminants pour l'évaluation de l'obligation à prestations, ainsi que tout changement de profession ou d'activité. Les communications de l'assureur se font valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée par la personne assurée.
- 43.4 Les communications peuvent aussi être envoyées par voie électronique. Sur son site Internet (www.concordia.ch) et dans le document d'information à la clientèle conformément à l'art. 3 LCA, l'assureur peut émettre des directives sur les communications électroniques afin qu'elles puissent être considérées comme notifiées valablement. Les dispositions légales impératives ainsi que la jurisprudence en la matière demeurent réservées.

44 For juridique

En cas de contestations découlant du présent contrat, le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée ont le choix entre le for de Lucerne ou celui de leur domicile suisse.

45 Garantie des droits acquis à l'égard des modifications au 1^{er} janvier 2022

Si les modifications des présentes CGA au 1^{er} janvier 2022 ont un effet préjudiciable pour la personne assurée, les dispositions des CGA valables jusqu'au 31 décembre 2021 continuent de

s'appliquer aux contrats d'assurance conclus avant 2022. Pour le reste, les nouvelles CGA sont valables.

46 Application de la loi révisée sur le contrat d'assurance entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022

La révision partielle de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, s'applique aux contrats d'assurance conclus avant 2022 uniquement dans le cadre de la disposition transitoire de l'art. 103a LCA.



Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch